

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 本庄市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和4年4月1日

被保険者番号		0000123456			個人番号		123456789000			
医療 保 険	保険者名	※保険証の内容を転記してください。					保険者番号			
	被保険者証	記号			番号			枝番		
被 保 者	フリガナ	ホンジョウ タロウ			生年月日	昭和32年1月1日				
	氏名	本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)			性別	男・女				
	住所	〒367-8501 本庄市本庄3-5-3			電話番号	0495-25-1719				
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分	1 2 3 4 5			要支援状態区分	1 2				
	有効期間	年 月 日 から			年 月 日まで					
変 更 申 請 の 理 由	前回認定時に比べ、認知症の症状が進行したため。 (身体・精神の状況にどのような変化があったか記入してください)									
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 又 は 入 所 の 有 無	名称等・所在地	〇〇病院 本庄市銀座1-1-1			期間	令和4年3月1日～令和4年4月15日				
	名称等・所在地				期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	名称等・所在地				期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	名称等・所在地				期間	年 月 日 ～ 年 月 日				

申請時点で入院等  
をしている施設が  
あれば記入してく  
ださい。

申 請 者	申請者氏名	児玉 花子 (窓口にお越しいただく方)		本人との 関係	子 (介護認定を受けたい方からみた続柄)	
	提出代行者 名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) ご家族が申請される場合、記入は不要				
	住所	〒367-0298 本庄市児玉町八幡山368 (窓口にお越しいただく方の住所) 電話番号 0495-25-1111				

主 治 医	主治医の氏名	埼玉 次郎 (フルネームで記入)		医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒367-0052 本庄市銀座1-1-1		電話番号	0495-25-1111	

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) のみ記入 ※40歳から64歳までの方は健康保険証を持参してください。

特 定 疾 病 名	脳血管疾患 (16種類の特定疾病から該当するものを記入)	
-----------------------	------------------------------	--

居宅介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、本庄市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)

介護認定調査を円滑に進めるため、次の事項について記入のご協力をお願いいたします。

次の①～④までは、必ず記入願います。（それ以外の項目も問い合わせる場合がありますのでご協力をお願いいたします。）

① 被保険者名 <small>(介護保険を利用される方)</small>	本庄 太郎								調査への 立会希望	<input checked="" type="radio"/> あり ・ <input type="radio"/> なし
	被保険者 番号	9	9	9	9	9	9	9	9	

記入例

認定調査の連絡先							
② 調査日時の調整や 立会いができる方 <small>平日(月～金)の日中に連絡が 取れる電話番号を記入願います。</small>	フリガナ	コダマ ハナコ		被保険者①との関係		長女	
	氏名	児玉花子		電話番号	自宅	- 25 - 1111	
				携帯等	090 - 0000 - 0000		

立会者が上記②と 異なる場合	フリガナ	ホンジョウジロウ		被保険者① との関係	二男
	氏名	本庄次郎			

\* ②と違う場合のみ記入してください。

調査に際して連絡事項					
③	<input type="checkbox"/> 更新申請	<input type="checkbox"/>	新規申請	主な理由	脳梗塞で右半身にマヒがあり、介護サービスが 利用したい。  疾病・状態悪化、歩行困難、問題行動の有無や介護負担の増加など
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護申請		
	(期限) 月 日	<input type="checkbox"/>	変更申請		
④ 連絡事項	次回受診予定 ○月△日 1ヶ月に1回受診しています。 自分が病気(脳こうそく)の認識がなく、長女を(亡)妻と勘違いしている。足の筋力が落ちて、歩行に問題があります。 「次回受診予定日」「医師・相談員から指摘があった場合」「本人への病名の通告状況」「透析や難聴、視力低下」など				

★ 以下については記入不要です。認定調査員が直接聞き取りますのでご協力願います。

( 調査員確認欄 )	調査予定日	月	日	午前・午後	時	分	～
------------	-------	---	---	-------	---	---	---

  

調査(希望)場所	<input type="checkbox"/> 自宅	サービス利用状況(予定)	駐車場
		デイサービス等 月 火 水 木 金 土 日 訪問介護 月 火 水 木 金 土 日 備考	あり なし

  

<input type="checkbox"/> 自宅以外	<input type="checkbox"/> 病院	病院名 連絡先 病室 (棟)階 号(室) 入院日 月 日 退院(予定)日 月 日 (疾)病名 発症日 年 月 日	身体の状態 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
-------------------------------	-----------------------------	--	--

  

<input type="checkbox"/> 施設ほか	施設名称ほか 連絡先
-------------------------------	---------------

\* 通所施設や親族宅等